Moderne
Behandlung der Psoasabscesse.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Geheimraths

Dr. J. N. Ritter v. Nussbaum,

kgl. Universitäts-Professor und Generalarzt a. l. s.

Der medicinischen Facultät in München

vorgelegt von

Robert Buhl

pract. Arzt aus Langenöls (Schlesien).

im Mai 1885.

MÜNCHEN, 1885.

Druck von M. Ernst (vorm. G. Pollner).

Moderne
Behandlung der Psoasabscesse.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Geheimraths

Dr. J. N. Ritter v. Nussbaum,

kgl. Universitäts-Professor und Generalarzt a. l. s.

Der medicinischen Facultät in München

vorgelegt von

Robert Buhl

pract. Arzt aus Langenöls (Schlesien).

im Mai 1885.

MÜNCHEN, 1885.

Druck von M. Ernst (vorm. G. Pollner).

Moderne Behandlung der Psoasabscesse.

In seinem Beginn kaum bemerkbar oder mit wechselvollen wenig characteristischen Symptomen tritt uns in der Praxis gar nicht so selten ein chronisches in seinen Folgezuständen verkrüppelndes und häufig lethal endendes Leiden der Wirbelsäule entgegen, welches den Namen Malum Pottii führt. Es besteht in cariöser Zerstörung der Wirbel mit consecutiver angulärer Kyphose der Säule. Anamnestisch vom Patienten in der Regel mit einem Falle oder Stoss in Verbindung gebracht, ist doch für die Aetiologie des Processes wenig damit gewonnen, da die Schwere der Erkrankung und die Art des Verlaufes in der That fast nie der Verletzung entsprechen und anderseits der Befund dyscrasischer Zustände des Erkrankten beweist, dass solche Stellen, wo Traumen eingewirkt haben, jedenfalls nur einen Locus minoris resistentiae für tuberculöse Knochenaffecte abgeben. Die scrophulöse resp. tuberculöse Natur des Wirbelleidens findet oft einen diagnostischen Anhalt an der Existenz der im concreten Falle ausgesprochenen allgemeinen Tuberculose.

Dass solche Processe, ohne weitere Symptome, nach grösserer oder geringerer Destruction durch Ankylose, indem die einander zugekehrten Flächen der Wirbel verschmelzen, zum Abschluss kommen können,

beweist die grosse Anzahl lebender Buckliger, die sich einer guten Gesundheit erfreuen.

In den meisten Fällen jedoch gesellt sich zu der Kyphose noch ein semiotisches Moment, welches die Diagnose über allen Zweifel erhebt, zugleich aber auch die Prognose bedeutend trüber gestaltet. Es sind das die sogenannten Congestions- oder Senkungsabscesse, welche osteomyelitischen Herden in den Wirbelkörpern ihren Ursprung verdanken.

Eine recht traurige Rolle bezüglich derselben spielt der an sich nicht durch seine Structur, sondern durch seine Lage ausserhalb des Peritoneums, durch seinen directen Ursprung an der Wirbelsäule, in lockerem weitmaschigen Bindegewebe einer eigenen Scheide einbettete, dazu disponirte Psoas; denn abgesehen von den nicht sehr häufigen Abscessen. die gelegentlich metastatischen Ursprungs sind, oder auch von einer Ruptur, einem Bluterguss in demselben herrühren, wovon hier gar nicht gesprochen werden soll, dient er nur als Durchgangsweg für Eiterungen von Entzündungsprocessen der Wirbel, indem der bisher unter dem Periost und Bänderapparat angesammelte eingeschlossene Eiter zwischen den Muskelbündeln und dem intermuskulären Gewebe sich durchdrängt und oft unter Aufzehrung der Muskelsubstanz die fasciale Scheide in einen langen Eitersack umwandelt, um am Ligamentum Poupartii oder schon höher oben in der Lendengegend an der Seite des Quadratus lumborum sichtbar zu werden.

Trotz der augenscheinlich bequemen Incisionsmöglichkeit scheute man sich doch vor Eröffnung der Psoasabscesse. Der grosse Chirurg Stromeyer er-

klärte es sogar für sträflichen Leichtsinn. Und nur Fieber, grosser Schmerz, drohendes Aufbrechen veranlasste wohl einen Muthigen, mit der Lanzette einen Einstich zu wagen.

Dieses zögernd expectative Verfahren war aber auch durch die Erfahrung wohl begründet; denn man hatte allmählige Resorption des Eiters solcher Abscesse, nach vorherigem fettigen Zerfall der Eiterzellen mit Umwandlung in Schwielenbildung oder Vertrocknung und Verkalkung derselben beobachtet, andrerseits war mit der Eröffnung nichts gewonnen, da der Abscess sich rasch wieder füllte und das ohnehin dyscrasische Individuum einem grossen Säfteverluste durch die sich steigernde Sekretion ausgesetzt ward: schliesslich aber war es Furcht vor accidentellen Wundkrankheiten, indem man häufig sah, dass der Eröffnung eines Senkungsabscesses Jauchung der Höhle mit rasch lethalem Ausgange folgte.

Das ungefährlichste war noch die Punktion oder Aspiration unter Vermeidung von Lufteintritt, wodurch man allerdings nur den Zweck verfolgte, soviel Eiter abzulassen, dass die Spannung in der Höhle nachgebe. Damit hatte man nun zunächst einen ganz leidlichen Erfolg, aber nach kurzer Zeit war die Eiterhöhle schnell wieder gefüllt, da durch die gewaltsame Entleerung der Höhle der Druck der Gefässe sogar negativ werden kann. Man war also zur Wiederholung des Verfahrens genöthigt, bis schliesslich der Patient unter hektischem Fieber an Entkräftung erlag.

Der Psoasabscess war somit ein Schreckgespenst, ein Noli me tangere für den Arzt. Wie ganz anders jetzt! Er hat sein gefährliches Aussehen verloren und

das früher übliche zuwartende Verfahren wäre jetzt grobe Unterlassungssünde. Es gilt jetzt für Pflicht des Arztes, den Abscess zu öffnen, mag er Fieber machen oder nicht, sobald er auf der Hinterfläche des Körpers am Rande des Lendenmuskels prominent ist oder die Gegend des Ligamentum Poupartii hervortreibt.

Die durch Lister eingeführte antiseptische Wundbehandlung hat die verpönte Eröffnung zu einer unbedenklichen gemacht und Thiersch war der Erste, der die von Lister gerühmten Erfolge des antiseptischen Systems bei Psoasabscessen auf ihre Wahrheit prüfte und durchaus bestätigen konnte, wie die von Josef im Archiv der Heilkunde 1868 (IX) angeführten Fälle beweisen. Nach Thiersch unternahm es Volkmann, die grössten kalten Abscesse zu spalten; es zeigte sich, dass keine Jauchung und grosse Eiterung folgte und wenn man elastische Compression anwandte, eine solche Verkleinerung der Höhle eintrat, dass aus derselben bloss ein enger zum ursprünglichen Ausgangsherde führender Eitergang ward.

Diese grossen Eitersenkungen zum Verschluss zu bringen und an ihrer Stelle eine kleine möglichst wenig eiternde Fistel zu etabliren, muss der nächstliegende Zweck sein und ist schon enormer Gewinn; denn eine vollkommene rasche Heilung ist aus begreiflichen Gründen nicht möglich, so lange die ursächliche constitutionelle Erkrankung nicht erfolgreich bekämpft werden kann.

Die moderne Chirurgie stellt sich jedoch auch eine prophylactische Aufgabe und die Bemühungen, der Aufforderung des »Principiis obsta!« nachzukommen,

finden Ausdruck in dem bedeutenden Heilapparat, der gegen beginnende Wirbelcaries in's Feld geführt wird. Mit Uebergehung der Resorptions- und Ableitungsversuche durch Jod- und Quecksilberpräparate, antiscrophulöse Bäder u. s. w., womit so oft die kostbare zur Bewirkung einer Heilung ohne Zurücklassung von Gibbosität geeignete Zeit verbraucht wird, gilt jetzt als erste therapeutische Regel: absolute Ruhe. Wenn es auch bei Berücksichtigung des pathologisch anatomischen Befundes der Wirbelcaries nicht gelingt, der Krankheit Einhalt zu thun, so gelingt es dadurch wenigstens, Schädlichkeiten zu eliminiren, welche mindestens die Ausheilung hindern und einer der wesentlichsten Folgen, der Deformität der Wirbelsäule, Vorschub leisten.

Um den Druck der Körperschwere aufzuheben und Entlastung der erkrankten Wirbel zu bewirken, ist horizontale Lage Postulat. Die flache Bauchlage ist beschwerlich und enthält die Gefahr der Eitersenkung in wichtige Organe und hat vor der Rückenlage keine Vortheile. Zu der blossen horizontalen Lage fügte Volkmann das energische Mittel der Extension durch Gewichte. Ein einfaches Verfahren, wobei der Körper selbst als Zugmittel benützt wird, ist die Lagerung des Kranken auf schiefer Ebene. Sehr günstige Resultate werden über die Anwendung der Rauchfuss'schen Schwebe berichtet. Da aber mit der absoluten Ruhelage der Patient an's Zimmer und Zimmerluft gebannt ist, so entbehrt der Kranke einiger hygienischer und diätetischer Hauptbedingungen für seine Genesung, der Bewegung und frischer Luft. Um auch diesen Forderungen gerecht zu werden,

construirte der Amerikaner Taylor einen bei der Kyphose im floriden Stadium günstiges leistenden Apparat, welcher den Körper stützt und die Deformität corrigirt. Sehr bewährt hat sich auch die durch Sayre eingeführte Application des Gypsverbandes, der angelegt wird, während die Wirbelsäule durch das Gewicht des Körpers möglichst gestreckt wird, indem der Patient in der Glysson'schen Schwebe suspendirt wird. Der Wunsch, abnehmbare Verbände zu haben, hat zur Herstellung von Wasserglasmagnesitverbänden und zur Anfertigung von Filzcorsets geführt. Letztere sind neben dem Gypsverband jetzt wohl das üblichste. Sie können lange liegen und leisten oft erstaunliches; Krümmungen verschwinden und Abscesse, die noch nicht zu weit fortgeschritten waren, gehen zurück.

Geht jedoch das Leiden trotz dieser orthopädischen Behandlung ruhig seinen Gang und wird der Psoasabscess sichtbar, dann greifen wir unter aseptischen Cautelen getrost zum Messer. Die Gesichtspunkte, von denen wir uns bei Eröffnung desselben leiten lassen, sind folgende: Breite Incision, um möglichst weite Einsicht zu gewähren, Eliminiation der aus schlaffen reaktionslosen Granulationsmassen bestehenden Abscesswandungen bis auf das gesunde Gewebe. Da das Sekret kalter Abscesse in hohem Grade die Tendenz zu fauliger Zersetzung hat, Vermeidung und Verhinderung jeder Gelegenheit zur Stagnirung und Zersetzung des Eiters durch Anlage zahlreicher und gut gelegener Abflussöffnungen und ausgiebige Drainage, nicht nur an seinem untern Ende, sondern womöglich in der Nähe seiner Quelle. Der Wiederansammlung von Eiter wird durch Compression entgegengearbeitet,

wodurch zugleich ein Verlöthen der Abscesswände angestrebt wird.

Anstatt nun eine trockene abstrakte Schilderung der einzelnen Massnahmen bei dieser Operation zu geben, ziehe ich es vor, einige in den letzten Jahren in der chirurgischen Poliklinik zur Behandlung gelangte Fälle als Illustration folgen zu lassen.

I. R. Anna, 6 J. (835), seit 3 Wochen Schmerzen im Unterleib und Drang zum Uriniren, ohne es zu können; seit einigen Tagen in der linken Seite eine schmerzhafte Stelle.

27. II. 80. Es wird in der linken Hälfte des Abdomens eine längliche, wurstförmige Geschwulst constatirt, die sich einen Finger breit einwärts von der sp. a. s. am besten palpiren lässt, nach oben aussen, sowie innen unten nicht begrenzbar ist. Probepunktion und Aspiration ergibt rein eitrigen Inhalt der Geschwulst, die sich in der Folge vergrösserte und schmerzhaft wurde. Am 9. III. 80 wurde, nachdem der Darm durch Klysma entleert worden, in Narkose eine Eingiessung von 2 Liter Wasser in den Mastdarm vorgenommen, wodurch aber weder in der Lage noch Grösse der Geschwulst eine Veränderung herbeigeführt wurde. Der vorher einige Tage hindurch untersuchte Urin war weder in Qualität noch Quantität verändert befunden.

In der Höhe der Sp. a. s., 2 cm. einwärts dieser, wurde unter Spray ein Hautschnitt gemacht, die tiefere Gewebsschichten auf der Hohlsonde gespalten und, ohne auf das Peritoneum zu kommen, die Eiterhöhle eröffnet, aus der sich eine grosse Menge dicken Eiters entleerte. Mit dem Finger konnte man über

den Musc. psoas bis gegen die Lendenwirbelquerfortsätze und abwärts bis in die Gegend des Lig. Poup. dringen, ohne dass blossliegender Knochen gefühlt werden konnte. Ausspülung mit 2,5 Proc. Carbolsäurelösung, dickes Drain, Listerverband.

In den folgenden Tagen wurde eine leichte Grünfärbung des Harns beobachtet. Keine Störung des Allgemeinbefindens. 12. III. Sekretion mässig, rein eitrig, ohne Geruch. 15. III. Dicke Drainage durch dünnere ersetzt. 20. III. Dicker Pfropf von Eitergerinsel aus der Abscesshöhle gezogen. In der Folgezeit rasches Abnehmen der Sekretion; vier Wochen später nur noch Borsalbenverband. Kleine Fistel. Am 15 X. 80 erschien Patientin in der Kinderpoliklinik mit den Erscheinungen eines rechten Psoasabscesses: Flexion der rechte Hüfte, Schmerz in der rechten Fossa iliaca mit Resistenz und deutlicher Fluctuation daselbst. Patientin überstand auch die zweite Operation. Die erste Fistel schloss sich und sechs Monate später auch die zweite. Anna erfreut sich gegenwärtig einer leidlichen Gesundheit und ihres vollen Gehvermögens.

II. Helene W. 4 J. (3566).

Rechtwinklige Kyphose vom VII. Brust- bis IV. Lendenwirbel; Spitze bildet der Dornfortsatz des XII. Brustwirbels. Vielfach Spina ventosa an Zehen und Fingern. An der Innenseite des rechten Oberschenkels faustgrosse fluctuirende Geschwulst.

11. II. 81. Der erste Einschnitt wurde etwa eine Hand breit unterhalb der Genitalien am untern Rande der Geschwulst gemacht und mit Listerzange erweitert, worauf sich im Strahle eine Menge mit fungösen Fetzen vermischten Eiters entleerte. Die Oeffnung führte in

eine Abscesshöhle, deren Basis den Oberschenkel an seiner vordern, innern und hintern Seite circulär umgab. Contraincision an der hintern Seite des Oberschenkels. Von der ersten Incisionsstelle aus erreichte der Finger an der Sp. ant. sup. die untere Oeffnung des Kanals, durch welchen sich der Eiter gesenkt hatte. Auf einen etwas nach innen und unten von der Spina gemachten Einschnitt entleerte sich wieder eine Menge Eiter. Von der letztern Oeffnung gelangte man ohne Schwierigkeit mit der Kornzange zu dem eigentlichen Sitz des Uebels, zum cariösen XII. Brustwirbel. In der Lumbargegend wurde, etwa 2 Finger breit vom Aussenrand des Quadratus lumborum entfernt, eine Oeffnung gemacht, aus welcher der eingeführte Finger eine Menge necrotischer Knochenpartikel und fungöse Massen hervorholte. Der cariöse Wirbel wurde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, worauf alle Höhlen zuerst mit Chlorzinklösung (1.30), dann mit Salicyl-Bor ausgespritzt wurden. Endlich wurde sorgfältig drainirt (4 Drains) und der Lister-Verband angelegt.

13. II. 81. Die Listergaze massenhaft mit vollständig geruchlosem Secret imprägnirt. Beim Ausspritzen wurden wieder grosse Fungusmassen herausbefördert. Frischer Listerverband.

15. II. 81. Grosse Abscessmembran aus der Oberschenkelwunde ausgespritzt. Befinden sehr gut.

3. III. 81. Entlassen. Bisheriger Verlauf sehr gut; Abscesshöhle am Oberschenkel vollständig verlöthet. Unterhalb der Drainstelle in der rechten Inguinalgegend bildete sich ein ungefähr Haselnuss grosser Schorf, nach dessen Abstossung sich eine Höhle zeigte, die sich bis zum rechten grossen Labium hinunter-

erstreckte; letzteres war ödematös geschwollen, was sich aber nach zwei Tagen vollständig verloren hatte. Inguinalwunde noch im Zusammenhang mit der Abscesshöhle an der Wirbelsäule. Sekretion mässig stark. In den letzten Tagen bekam Patientin täglich ein Bad und Salicyl-Bor-Verband.

Ein halbes Jahr später ging Patientin unter phtisischen Erscheinungen zu Grunde. Die Section ergab tuberculöse Heerde in den Lungen und fungöse Processe in den Knochen. Der Körper des XII. Brust- und 1. Lendenwirbels waren bis auf kleine Trümmer verzehrt. Die Zwischenknorpelscheiben der benachbarten Wirbel verschwunden, sie selbst auch in ihrer rechten Hälfte grösstentheils zerfressen. Der Wirbelkanal durch Vernichtung der Dura auf eine Länge von 3 cm. eröffnet.

III. H. Ludwig 6 J. (3888.) Spondylitis lumbalis; Kyphosis lumbalis. Rechtes Hüftgelenk in Beugestellung, beweglich zwar, kehrt es jedoch wieder in Contractur zurück. Auf der äussern vordern Fläche des Oberschenkels unter der Spin. ant. sup. unter unveränderter Haut faustgrosse fluctuirende Geschwulst. 4. X. 81. Durch Eröffnung in Narkose mit dem Paquelin'schen Messerbrenner entleert sich eine grosse Menge grünlichen mit Gewebsfetzen und kleinen Knochenpartikelchen durchsetzten Eiters. In gleicher Weise werden zwei Contraöffnungen gemacht, die eine nach innen am Oberschenkel, die andre oben in der rechten Lumbargegend. Von letzterer aus fühlt man deutlich rauhen Knochen. Ausspülung der ganzen Höhle (Borlösung), darauf Einführung mit Jodoformgaze umwickelter Drains. Beim ersten Verbandwechsel (9. X. 81.)

reichliche Secretion, Ausspülung mit lauer Salicyl-Borlösung. Am 17. X. 81 bereits die Communikation der Lumbarincision mit den untern Oeffnungen aufgehoben. Nach 4 Wochen aus der klinischen Behandlung entlassen, ist 14 Tage später die Wunde an der Hüfte vernarbt, während die des Oberschenkels sich bis auf kleine erbsengrosse minimaleiternde Stellen verringert haben. Diese Fisteln schlossen sich nie ganz und zwei Jahre später 16. I. 83 starb Patient unter dem Bilde allgemeiner Entkräftung. Section nicht gestattet.

IV. St. Johann $3^1/_2$ J. (privat.)

1. III. 82. Spondylitis seit ca. $^3/_4$ Jahren, Kyphosis dorsalis, Gibbus am XI und XII. Procoss. spinos. Psoasabscess in der linken Fossa iliaca.

12. IV. 82. Links bedeutender Iliacalpsoasabscess, rechts geringer aber auch deutlich. Corset aus plastischem Filz gut vertragen.

26. IV. 82. Operation auf beiden Seiten. Der Abscess wird durch einen grossen Schnitt an der Innenseite des Darmbeins eröffnet, sodann unter Leitung des Fingers mit einem grossen scharfen Löffel vorsichtig die Abscesshöhle ausgekratzt, die Abscessmembran in grössere Fetzen entfernt. Darauf werden die Knochentheilchen, kleinere und grössere bröcklige Stücke mit dem scharfen Löffel herausgehoben und die ganze Abscesshöhle mit einer Salicyl-Borlösung (1. 15. 500) ausgespült und mit in diese Lösung getauchten Schwämmchen ausgewaschen, um auch die letzten Reste der Abscessmembran zu entfernen. Sodann wurde ein dickes mit Jodoformgaze in typischer Weise umwickeltes Drainrohr möglichst tief eingelegt. Vorher

aber wurden in der Lumbargegend grosse Gegenöffnungen angelegt und ebenfalls Drains eingeführt, damit, während der Psoasabscess ausheilt, die von der Spondylitis herrührende andauernde Eiterung durch das lumbale Drainrohr Abfluss finden kann. Verband mit Jodoformgaze und Listergaze. Kurz nach der Operation Auftreten von Carbolurin. Im Juni bleibt ein Verband 17 Tage. Am 19. VI. Verband abgethan, Iliacalfistel geheilt, Drainage in der Lumbalgegend herausgenommen und jetzt ein Jodoformgazeverband mit Binden fixirt. — Der Knabe ist seitdem wiewohl blass anämisch aussehend, fröhlich und guter Dinge. Die Fisteln haben sich sämmtlich geschlossen; die Kyphose belästigt ihn wenig. Symptome von Phtise sind nicht vorhanden, was die Lungenuntersuchung bestätigt.

V. Sch. Julie 15. J. (privat). Schwere Spondylitis lumbalis mit bedeutender Kyphose seit früher Jugend. Psoasabscess in der rechten Fossa iliaca über faustgross.

2. V. 82. Rauchfuss'sche Schwebe und Ruhe.

12. VI. 82. Operation. Eröffnung nach sorgfältiger Desinfection. Dicke Abscessmembran, sowie Knochenscherben, auch zwei grössere, werden herausgefördert. Ein Gang führt aufwärts, aber wegen der Kyphose ist kein Raum hinten in der Lumbarregion für die obere Incision. Die Einschnittstelle wird hoch hinauf drainirt. Drain mit Jodoformgaze umwickelt. Fieberloser Verlauf.

17. VI. Wundhöhle absolut reizlos; neuer Lister.

24. VI. Das grosse Drain ohne Jodoformgaze eingeführt; Listerverband.

6. VII. Drain gekürzt; Jodoformbougie; Lister.

15. VII. Drain ab; Jodoformbougie; Lister.

17. VIII. Wunde geheilt; nur noch Wattebedeckung; passendes Corset angeordnet.

25. VIII. Alles festgeheilt; Nichts in der Tiefe; Tag über Corset, Nachts Rauchfuss'sche Schwebe. Das Kind erholt sich vorzüglich, ist dauernd gesund geblieben, nicht unerheblich gewachsen, trägt Corset und ist, abgesehen von der Kyphose, völlig gesund.

VI. N. Gertrud, 10 J. (privat.)

Seit zwei Jahren Ausbiegung der Lendenwirbelsäule bemerkt; im Verlauf des letzten Halbjahrs bildete sich in der linken Leistengegend eine Geschwulst, die sich zusehends vergrösserte. Dieselbe ist mannsfaustgross, von normaler Haut bedeckt und scharf von der Umgebung abgegrenzt. Im Liegen präsentirt sie sich als Halbkugel, ist auf Druck nicht schmerzhaft, prallelastisch, fluctuirend. Ihr flüssiger Inhalt lässt sich durch Druck in die Bauchhöhle zurückpressen, in welcher sich die Geschwulst wurstförmig unter dem Ligament. Poup. nach innen oben gegen die Wirbelsäule zu verfolgen lässt. Durch wechselnden Druck auf die Geschwulst in der Inguinalgegend und in der Unterbauchgegend lässt sich der flüssige Inhalt verschieben und der Zusammenhang deutlich nachweisen.

14. X. 82. Operation in Narkose. Nach sorgfältiger Desinfection wird eine 3 cm. lange Incision von oben aussen nach innen unten auf der Höhe der Geschwulst gemacht, wodurch über 1 Liter guten Eiters entleert wird, der zuletzt mit krümlig, bröcklig, fetzigen Massen gemischt abläuft. Einführung eines 12 cm. langen fingerdicken, mit Jodoformgaze umwickelten,

Drains und Ausspülung der Höhle mit warmer Salicyl-Borlösung. Listerverband.

Abgesehen von einer ganz geringen Temperatursteigerung am 24. X. kein Fieber. Die reichliche Sekretion dauerte bis Ende November und macht häufigen Verbandwechsel mit antiseptischer Ausspülung nöthig. Ende Dezember liegt nur noch ein kurzes Drain in der Wunde, um die Verlegung der Oeffnung durch die üppig wuchernden Granulationen zu hindern; wegen Eczem feuchter Salycil-Bor-Verband.

12. I. 83. Entfernung des Drains; Patientin geht mit kleinem Schutzverband umher; es besteht nur noch eine kleine Fistel, aus der wenig Sekret kommt.

23. III. 83. Patientin ist den ganzen Tag über auf, befindet sich wohl und wird aus der Behandlung entlassen.

Erkundigungen zufolge erfreut sich Gertrud der besten Gesundheit.

VII. W. Maria, 7 J., (2869).

Vor vier Jahren Abscess fungöser Natur am linken Unterschenkel operirt; seit 3 Jahren angeblich Ausbiegung der Wirbelsäule, seit 2 Monaten Geschwulst. Längere Zeit mit Gewichtsextension behandelt.

Starke Kyphose in der Gegend des VI. und VII. Brustwirbels ohne Druckschmerz. Auf der Innen-Vorderseite des linken Oberschenkels kindskopfgrosser fluctuirender Tumor, die linke Fossa iliaca ausfüllend; Haut darüber gering geröthet; geringe locale Temperaturerhöhung.

15. IV. 83. In Narkose wird auf der Höhe der Geschwulst incidirt, worauf ca. 1 Liter dünnflüssigen Eiters sich entleert. Die eingeführte Kornzange ge-

langt unter dem Lig. Poup. durch auf die linke Darmbeinschaufel. Unterhalb des Lig. Poup. wird ein zweiter Schnitt gemacht und von hier aus ein fingerdickes Drain nach oben gegen die Darmbeinschaufel zu gelegt und beide Incisionsöffnungen durch mit Jodoformgaze umwickeltes Drain verbunden. Jodoform, Listerverband.

Die Secretion dauert fort bis Ende August und erfordert häufigen Verbandwechsel. Die Schnittwunde verkleinert sich mehr und mehr. Patientin zeigt gegenwärtig eine nur ganz minimal eiternde stecknadelkopfgrosse Fistel in der Leistenbeuge. Das Gehvermögen ist gut und das Allgemeinbefinden lässt nichts zu wünschen übrig.

VIII. K. Babette, 33. J. (2687).

Spondylitis traumat. II. III. vertebr. lumb. in Folge eines Falles vor zwei Jahren. Starke Prominenz der entsprechenden Process. spin. Scoliosis dorsal. convex. dextr. lumbal. sin. Gypscorset. Seit 3 Monaten in der linken Ileosacralgegend eine kindskopfgrosse, schmerzlose fluctuirende Geschwulst, welche im Zusammenhange steht mit einem ebensolchen mannsfaustgrossen Tumor auf der Innenseite des linken Oberschenkels.

2. VII. 83. Operation. Unter antiseptischen Cautelen werden in Narkose drei ca. 3 cm. lange, längsverlaufende Schnitte geführt, an der Innen-, Aussen- und Hinterseite des Oberschenkels in seinem oberen Drittel. Die durch die innere Wundöffnung eingeführte Kornzange dringt durch die äussere Oeffnung heraus; es werden dementsprechend lange fingerdicke Drains eingeführt und ein Sublimatgazeverband applicirt.

Die ersten drei Verbandwechsel liefern noch viel

Secret. Am 1. IX. Carbol-Torfkissen. Am 10. IX. ist die Communikation der Incisionswunden bereits aufgehoben. 21. IX. fast kein Sekret mehr; Drainagen durch Granulationen herausgeschoben; untere Wundöffnung ganz geschlossen, trockner Jodoformgaze-Verband ohne Torfkissen. 20. X. Entlassen. Ganzer Verlauf fieberfrei. Patientin soll sich mit noch wenig eiternder kleiner Fistel ganz wohl befinden.

IX. K. Klemens 14 J. (3705).

Seit seinem 10. Jahre mit Moxen und Terpenthinpflastern wegen Kreuzschmerzen behandelt, trat während eines heissen Bades plötzlich ein Höcker in der Lendengegend auf. Nach halbjähriger Ruhelage ward der Knabe wegen Scoliose durch Suspension, jedoch fruchtlos, behandelt, bis vor drei Wochen unter Exacerbation der Schmerzen in der Lendengegend eine Geschwulst sich über dem linken Lig. Poup. hervorwölbte.

Eine gänseeigrosse Geschwulst zieht sich von der Spin. ant. sup. herab gegen die Symphys. oss. pub., untere Grenze Lig. Poup., nach oben ist keine scharfe Grenze gegeben. Der Tumor ist leicht geröthet, fluctuirt und lässt sich vollständig verdrängen, so dass dann eine Lücke oberhalb des Poupart'schen Bandes entsteht; eine Stelle nach unten ist auf Druck sehr empfindlich. Prominenz der letzten Lendenwirbel; der letzte springt ca. 2 cm. weiter vor als der vorhergehende.

7. V. 84. Nach sorgfältiger Desinfection der die Geschwulst bedeckenden Haut wird parallel dem Poupart'schen Bande ein Einschnitt von ca. 3 cm. Länge gemacht. Nachdem der Schnitt durch die Aponeurosen der Bauchmuskeln hindurchgeführt ist, ergiesst sich

unter ziemlich starkem Druck eine beträchtliche Menge Eiters. Die Abscesstapete wird mit dem scharfen Löffel vorsichtig entfernt, um nicht das Peritoneum zu verletzen. Die Höhle führt hinauf bis in die Nierengegend. Ausspülung derselben mit warmer Salicyl-Borlösung, Einlegung eines starken, mit Jodoformgaze umwickelten Drains. Verband mit Jodoformgaze und Sublimatgaze. Die microscopische Untersuchung der Abscessmembran gibt folgendes Bild:

Kernfärbung mit Boraxcarmin. Reichlich mit Rundzellen infiltrirtes Bindegewebe, welches von grossen Venen und Arterien vielfach durchzogen wird. Die Wandung der grössern und kleinen Arterien ist mehr als um das Doppelte verdickt und zwar vor Allem die Intima. Grossen im Centrum verkästen und zerfallenen Tuberkeln begegnet man ab und zu im Gesichtsfeld. Riesenzellen konnten nur einige wenige gefunden werden.

13. V. Sekretion mässig. Das Drain wird um die Hälfte gekürzt und frisch mit Jodoformgaze umwickelt. Jodoformgaze, Sublimatgaze. Patient wird Nachmittags bereits nach Hause gelassen.

22. V. Sekret mässig, Drain gekürzt, Einpuderung mit Jodoform, Jodoformgaze, Compresse.

Am 9. VI. ist Patient bereits im Stande selbst in die Klinik zum Verbandwechsel zu kommen.

17. VI. Sekret fast null. Kürzung des Drains, Aetzung der üppig granulirenden Wunde mit Lapis. Sublimaturverband.

30. VI. Sekretion hat aufgehört, Entfernung des Drains, Borsalbe, Heftpflaster. Patient besitzt noch eine kleine erbensgrosse mässig eiternde Fistel, erfreut

sich aber des besten Wohlseins und ungestörten Gehvermögens.

X. H. Anna, 52 J. (3160).

In Folge eines Falles heftige Schmerzen im Kreuz, welche durch Electrisiren und andere Medikation nicht verschwanden. Vor anderthalb Jahren Entstehen einer sich rasch vergrössernden Geschwulst in der rechten Lendengegend. Seit vier Monaten gesellte sich dazu eine zweite in der rechten Inguinalgegend.

In der rechten Lumbalregion befindet sich eine etwa dreifaustgrosse weiche Geschwulst von rundlicher Form mit deutlicher Fluctuation. Diese Geschwulst fällt gegen die Wirbelsäule zu schroff ab, verliert sich aber allmählig gegen das Becken und lässt sich den Psoas entlang vollkommen verdrücken. Eine zweite nicht so stark gewölbte, aber ausgedehntere, weniger deutlich fluctuirende Geschwulst findet sich an der vorderen inneren Femoral-Inguinalgegend. Druck auf die Lumbalgeschwulst lässt mit Bestimmtheit ein Anschwellen der Inguinalgeschwulst in dem Masse erkennen, als der Umfang jenes Tumors zusammengepresst wird.

29. V. 84. Nach gründlicher Desinfection werden in Narkose 3 Incisionen gemacht. Die erste von 6 cm. Länge läuft 4 cm. über und parallel mit dem rechten Poupart'schen Bande und wird sofort mit dem Finger verschlossen, damit der Eiter sich nicht entleere und so die andern Abscesse entspanne. Die zweite Incision 4 cm. lang wird unterhalb des Leistenkanals quer über den Abscess ausgeführt und ebenfalls sofort verschlossen. Die dritte Incision von 7 cm. Länge verläuft den Ansatz des Glut. max. entlang und sofort entleert sich in kräftigem Strahl ca. $1^1/_2$ Liter grauen gut riechenden

Eiters. Jetzt werden auch die zwei andern Oeffnungen freigegeben und wiederum ergiesst sich aus derselben reichliche Fibrinfetzen enthaltender Eiter in einer Menge von ca. 2 Liter. Eingehen des scharfen Löffels in die oberste Oeffnung lässt weithin deutliches Scharren am entblössten Knochen vernehmen und fördert vier einzelne erbsengrosse Knochenstückchen zu Tage. Antiseptische Ausspülung mittels des Irrigators zeigt, dass eine thatsächliche Kommunikation der Oeffnungen nicht existirt. Einführung dreier mit Jodoformgaze umwickelter Drains, Torfkissen, darüber Martin'sche Binde.

Die Temperatur war nur an den ersten zwei Abenden fieberhaft erhöht (39,7—39,2), sonst stets normal. Am 7. VI. war Patientin soweit, dass sie nach Hause gebracht und ihrem Hausarzt die Weiterbehandlung überlassen werden konnte. Als ich am 9. V. 85. die Patientin aufsuchte, fand ich die vordere untere und in der Lumbargegend gemachte Incision bis zu stecknadelkopf- resp. erbsengrossen Fisteln vernarbt, aus denen ganz geringe Mengen dünnflüssigen Eiters absickerten. Dagegen zeigte sich ein thalergrosses öldicke gelbliche Flüssigkeit secernirendes fungöses Geschwür am linken Unterschenkel mit röthlich blauer Färbung der höher temperirten Haut der Umgebung, ohne dass die Beweglichkeit im Fussgelenk gestört war. Mit Hülfe zweier Stecken bewegte sich Patientin bequem von Ort und Stelle, erfreute sich guten Appetites und Schlafes und war mit ihrem Befinden sehr zufrieden.

XI. M. Anton, 15 J., (5866).

Als Knabe von drei Jahren in Folge von Typhus

angeblich taub geworden, litt er vielfach an Abscessen. Seit zwei Monaten ohne angebliche Ursache gänseeigrosse, fluctuirende, in der letzten Zeit rasch gewachsene, Geschwulst oberhalb des l. Lig. Poup. mit normalen Hautdecken und verschwommenen Grenzen.

14. X. 84. Ein ca. 4 cm. langer Schnitt öffnet die Abscesshöhle, aus der etwa $^1/_4$ Liter guten Eiters ausfliesst. Der eingeführte Finger stösst gegen den Nabel zu weit in die Bauchmuskulatur, nach unten zu auf die pathologisch nicht veränderten Wirbel. Die Abscessmembran wird mit dem scharfen Löffel sorgfältig entfernt, wobei der Musc. psoas sich deutlich zeigt. Einführung von zwei mit Jodoformgaze umwickelten Drains. Sublimatgazeverband.

Nach einem Monat hörte die Secretion eines ganz geruchlosen Eiters auf, zwei und einen halben Monat nach der Operation war die aus der Incision resultirende kleine Fistel geschlossen.

Patient leidet gegenwärtig an phlyctaenulöser Augenentzündung beiderseits und an Eczema auricul. sinist. Er fühlt sich im Uebrigen ganz gesund, zeigt guten Appetit und ist im Besitze unbeschränkter Gehfähigkeit.

Auf Grund dieser wenigen Fälle von Psoasabscessen irgend welche statistische Folgerungen aufbauen zu wollen, wäre kühn und liegt meiner Aufgabe fern. Die Häufigkeit der Cariesfälle, von denen nach Billroth 35,2 % auf die Wirbelsäule entfallen und danach wieder die häufigsten der untern Brust- und Lendenwirbelsäule angehören, gestattet einen ungefähren Schluss auf die Häufigkeit der Psoasabscesse. Die Spondylitis, modern wissenschaftlich als Myelitis

granulosa bezeichnet, betrifft meist Kinder von 3 Jahren ab mit scrophulöser Diathese, seltener das reifere Alter. Tritt sie aber einmal bei Erwachsenen auf, so ist sie gewöhnlich Theilerscheinung allgemeiner Tuberkulose oder hat akute Miliartuberkulose zur Folge. Das männliche Geschlecht überwiegt nach Billroth wie 5 : 1. Unseren Fällen nach sind linksseitige Psoasabscesse überwiegend häufiger; einen plausiblen Grund dafür vermag ich nicht zu finden. Die Möglichkeit, dass von dem einen granulösen Herde aus sich ein doppelseitiger Psoasabscess bildet, beweisen Fall I und IV. Selten ist, dass der Abscess unter den Ursprüngen des Psoas in horinzontaler Richtung an den Process. transversi der Lendenwirbel entlang zu den Ursprüngen des Musc. quadrat. lumbor. gelangt. Dann tritt er entweder am Aussenrande des Quadr. lumbor. in der Lendengegend unter die Haut, oder er folgt der Innenfläche der Muskulatur, besonders dem Musc. transvers. abdom. Im letztern Fall treten die Abscesse an der vordern Bauchwand (IX. XI.) zwischen den Schichten der Bauchdecken auf und gelangen in grösserer oder kleinerer Entfernung vom Nabel unter die Haut. In den meisten Fällen folgen die Abscesse dem Verlauf des Psoas bis zum Poupart'schen Bande, jedoch selten über dieses Band heraus bis zur Insertion des Muskels am Trochanter minor.

Der lange Weg, auf welchem der im Wirbelkörper gebildete Eiter sich am Poupart'schen Bande entleert, ist freilich für die Heilung nicht besonders günstig. Wie man aber die Schwierigkeit durch lange Drains, Berieselung u. s. w. erfolgreich bekämpft, beweisen die angeführten Fälle. Ein leichter Druck begünstigt die

Verklebung der Abscesswände; zu diesem Zwecke Anwendung elastischer statt Gazebinden. Wie fördernd ein gleichmässiger Druck auf das Schliessen solcher Abscesshöhlen wirkt, zeigt die Beobachtung an den Wanderabscessen, die zwischen die Schichten der Bauchwand gerathen sind. Der Druck, welchen die Darmschlingen auf die innere Fläche der Bauchwand und hierdurch auf die der Abscesshöhle ausüben, bewirkt eine ganz besonders schnelle Heilung (Fall XI.).

Höchst selten kommt der Durchbruch des Eiters in den Wirbelkanal vor, da die granulirenden Herde sich mit Vorliebe in dem vordern Theile der Wirbelkörper entwickeln. Auf diesem Sitze beruht auch, dass weder Scoliosis noch Lordosis die Folgeerscheinungen der Myelitis granulosa sind. Höchstens zeigt sich die Kyphose mit leichter seitlicher Biegung complicirt, was darauf schliessen lässt, dass sich die Erweichung im vordern Abschnitte des Wirbelkörpers nicht ganz gleichmässig ausgebreitet, sondern die eine Seite mehr befallen ist als die andere. Der Versuch bei beginnender Eiterung den Eiterherd vom hintern Rand des Musc. quadr. lumb. aus an der Spitze der Proc. transv. am Lendenwirbel vorbei, direkt zu eröffnen, ist jedenfalls höchst unsicher, so lange man ihn von hinten nicht auch deutlich fühlt.

Die kyphotische Krümmung der Wirbelsäule legt eine mechanische Behandlung der Krankheit sehr nahe; nur muss man auf gewaltsame Correction verzichten; denn durch ein Auseinanderreissen der entzündeten Knochentheile würde die Entzündung sich nur steigern. Desshalb sind auch die alten Streckbetten zu verwerfen, welche durch den Kurbelzug und andere mechanische

Vorrichtungen für die unglücklichen Kranken zu förmlichen Marterbetten wurden. Ueberhaupt darf man nicht zu hohe Erwartungen in Betreff der Beseitigung des Buckels hegen.

Aber eine geringe Druckverminderung in dem Entzündungsherde muss man jedenfalls anstreben, da sie einen antiphogistischen Werth besitzt und andererseits muss man bemüht sein, der Steigerung der Buckelbildung entgegenzuarbeiten. Die ätiologische Basis der Krankheit verlangt ferner, dass zugleich mit der chirurgischen Behandlung eine constitutionsverbessernde Hand in Hand gehe. Denn die Opfer, welche schliesslich nach kürzerer oder längerer Zeit erliegen, gehen an den Folgen der Tuberkulose zu Grunde. Die Lister'sche Methode sichert zwar den reactionslosen Heilungsverlauf nach Exstirpation tuberkulöser Theile, ist jedoch gänzlich indifferent gegenüber der Tuberkulose. Das durch v. Mosettig-Moorhof als antituberculöses Mittel in die chirurgische Praxis eingeführte Jodoform ist zwar günstig durch locale Contactwirkung bei tuberculösen Affectionen, genügt jedoch nicht, den üblen Ausgang der Krankheit resp. der Allgemeininfection zu verhüten.

Wenn wir nun oft nicht bestimmen können, ob ein äusserlich wahrnehmbarer Herd das Resultat der primären localen Infection ist oder ob nicht bereits früher an Körperstellen, die unserer Untersuchung unzugänglich sind, sich die Tuberkulose entwickelt hat, so dass, was wir als primäre Affection ansahen, bereits der Ausdruck der allgemeinen Erkrankung ist, so wird der Arzt, selbst wenn er der letztern Ueberzeugung ist, doch nicht die Hände in den Schooss legen und in

zweifelhaften Fällen jedenfalls versuchen, durch therapeutischen Eingriff den primären Infectionsherd zu eliminiren, um das Individuum vor der Allgemeininfektion zu wahren.

Zum Schlusse verfehle ich nicht, Herrn Professor Dr. Helferich für Anregung zu dieser Arbeit und gütige Anweisung der einschlägigen Fälle meinen herzlichsten Dank auszusprechen.